LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Du crachoir dans la prophylaxie de la tuberculose, 273. — **Bibliographie** : Clinique des maladies du système nerveux, 274. — Le lavage de l'estomac. Sa technique. Ses applications, 276. — Préparation au sevrage, 277. — **Revue de la presse étrangère** : La tuberculose dans les maladies du cœur, 278. — **Académie des sciences** : *Séance du 20 avril.* — Présidence de M. Cornu. — De l'adaptation spontanée des muscles aux changements de leur fonction, 278. — **Académie de médecine** : *Séance du 28 avril.* — Présidence de M. Hervieux, 279. — Appendice, 279. — Election, 280. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 21 avril* 1896.—Présidence de M. d'Heilly, 280. — Diphtérie pharyngée légère traitée par le sérum. Mort rapide avec hyperthermie, 280. — Anacrotisme, 280. — Cancer de l'ampoule de Water, 280. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : Curabilité de la syphilis dépigmentaire, 280. — Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives, 281. — Psoriasis palmaire, 281. — Sur l'ulcère annamite et son traitement, 281. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 25 avril.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 282. — Albuminurie durant depuis sept ans chez un sujet bien portant, 287. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Glénard. 282. — Du massage dans les phlébites, 283. — Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine, 283. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 28 janvier* 1896, 284. — **Société obstétricale et gynécologique de Paris** : *Séance du 16 avril* 1896, 285. — **Société de chirurgie**, *Séance du 29 avril* 1896. — Présidence de M. Th. Anger, 286. — **Variétés** : Projet de loi concernant l'érection, dans le royaume de Prusse, de tribunaux médicaux d'honneur, 286. — **Nouvelles**, 287.

CLINIQUE MÉDICALE

Du crachoir dans la prophylaxie de la tuberculose

par M. le Dr Bouloumié

M. Vallin a porté devant la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, dans sa séance du 25 mars dernier, la question du crachoir de poche comme moyen prophylactique de la tuberculose et à cette occasion il a rappelé qu'à l'étranger ce crachoir, en usage dans les sanatoria pour tuberculeux, est adopté par beaucoup de malades en dehors de ces établissements.

Il est à souhaiter qu'il en soit de même en France, mais il y a à cela un grand obstacle, l'habitude, et, pour la vaincre, il n'y a pas trop du concours de tous les médecins et de tous ceux qui ont souci de la santé publique.

La Société de Médecine de Paris, qui a pris une part si active et si utile à l'adoption de tant de mesures sanitaires, pourrait, me semble-t-il, à ce titre et à titre de doyenne des Sociétés de médecine de France, prendre en mains cette question et solliciter en faveur de sa solution le concours des diverses sociétés médicales de Paris et de la province. Elle serait certainement secondée activement en cela par les sociétés ayant pour but spécial la lutte contre la tuberculose, et par les médecins-directeurs des sanatoria.

Quelques considérations d'ordre clinique, statistique ou expérimental, suffisent pour en faire connaître ou en rappeler l'importance. Dans certaines localités d'Allemagne, où la mortalité par tuberculose variait antérieurement de 4,8 à 7 0/00 habitants, cette mortalité est tombée, depuis la défense formelle de cracher n'importe où, et l'emploi habituel par les malades du crachoir portatif, à un chiffre variant de 2,8 à 4,8 0/00 habitants.

Cela n'a rien qui puisse surprendre, si on se reporte aux recherches récentes faites sur la tuberculose et ses moyens de transmission.

Pour ne citer parmi les résultats obtenus que ceux qui ont le plus directement trait au sujet, nous rappellerons seulement les suivants :

Cornet établit par des expériences et des recherches multiples qu'il n'y a pas de bacilles dans l'air et les poussières des salles de tuberculeux ne crachant que dans un crachoir garni de liquide et que l'inoculation de ces poussières ne cause pas de tuberculose, tandis que ces bacilles sont très nombreux, les expérimentateurs l'ont maintes fois montré, dans les poussières des salles de tuberculeux ne prenant pas strictement ces précautions.

Straus constate la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales de la plupart de ceux qui fréquentent nos salles de phtisiques.

Lermoyez, Dieulafoy les trouvent fréquemment dans les diverses parties de l'appareil adénoïde naso-pharyngien.

Il n'est pas douteux que ces bacilles n'arrivent là par les crachats qui, une fois desséchés, sont leurs agents de transport et de transmission les plus actifs.

Il y a donc là un danger permanent pour l'entourage des malades et pour les malades eux-mêmes, qui se réinfectent constamment, et un danger éventuel mais réel pour tout le monde.

Celui qui ne crache pas dans un crachoir garni d'une solution antiseptique, ou tout au moins d'un liquide, s'y expose et y expose ses semblables.

Qu'il crache dans un mouchoir, il donne asile à son ennemi, il infecte ses poches, qu'on ne lave jamais et dans lesquelles on met tout ; il infecte le linge avec lequel est mis le mouchoir jusqu'au moment du blanchissage et par cela même l'habitation, vêtements et logement.

Qu'il crache par terre, dans les cendres, dans le voisinage du foyer ou d'un crachoir ou même dans un crachoir posé à terre et garni de substances plus ou moins pulvérulentes, sciure de bois ou autre, il infecte la maison d'abord, puis la rue dans laquelle on jette les ordures ménagères, les cendres et le contenu des crachoirs, puis les individus soit directement par l'inhalation de ces poussières avec l'air, soit indirectement par l'absorption des aliments divers mis en étalage.

S'il crache dans une voiture, un wagon, un lieu public quelconque, il dépose là des graines morbides qui finissent bien un jour ou l'autre par trouver une victime, un organisme prédisposé à se laisser pénétrer et infecter par eux.

Il n'y a pas d'ailleurs que la tuberculose qui puisse se transmettre par les crachats ; nous savons en effet qu'un grand nombre de microbes pathogènes, streptocoques, pneumocoques, bacilles de Lœffler, staphilocoques, coli-bacilles, s'arrêtent et vivent dans le pharynx, sans manifester autrement leur présence tant qu'une cause accidentelle ne leur en fournit pas l'occasion ; les recherches de Roux, de Martin, de Lemoine, de Widal et Bezançon et bien d'autres en témoignent et nous savons quel rôle important jouent ces microbes dans la genèse et l'évolution non seulement des angines mais d'une série d'autres maladies.

Nous savons enfin, Dieulafoy l'a récemment démontré par des fait cliniques contrôlés par l'examen bactériologique, que l'angine diphtéritique se dissimule assez souvent sous les dehors de l'angine herpétique.

On peut donc dire et le médecin doit dire et répéter avec Armaingaud que tout produit d'expectoration est suspect et ajouter que dès lors quiconque tousse et crache doit toujours user d'un crachoir.

Pour que ce crachoir soit vraiment utile, il faut qu'il soit garni d'une solution antiseptique et il faut qu'il soit portatif.

Pour qu'il soit employé en dehors de la maison il faut qu'il soit accepté et c'est là le point délicat pour lequel le médecin ne saura trop faire appel à ses moyens de persuasion.

En considérant comme suspect tout produit d'expectoration, on ne signalera pas à l'attention du public celui qui sera réellement tuberculeux, puisqu'on conseillera l'usage du crachoir à toute personne qui crache.

Mais il faudra vaincre la répugnance que les gens de bonne éducation, même les plus intelligents, auront à cracher ailleurs que dans leurs mouchoirs et l'insouciance et la mauvaise habitude de ceux, beaucoup plus nombreux encore, qui crachent n'importe où ; il y a là une sujétion à laquelle ils se soumettront difficilement surtout si elle leur impose une dépense.

Pour surmonter certaines de ces difficultés de pratique, il faut trouver un crachoir qu'on puisse facilement porter sans gêne aucune dans les vêtements ordinaires et dont on puisse se servir sans attirer l'attention ; et pour surmonter les autres, établir les modèles à bon marché que les sociétés de bienfaisance et l'assistance publique pourraient donner au besoin.

Les modèles actuellement en usage ne présentent pas ces deux conditions. Ils ont, au point de vue de leur emploi dans la vie commune, un certain nombre d'inconvénients qui n'apparaissent pas dans les sanatoria où ils sont surtout employés.

Ils sont difficiles à dissimuler, leur ouverture est d'un trop petit diamètre, de sorte qu'on est obligé de la rapprocher trop des lèvres et que celles-ci peuvent ainsi être souillées par le contact avec le reste d'un crachat précédent. Le verre n'en est pas assez opaque.

Sans vouloir proposer dès aujourd'hui un modèle quelconque, il nous paraît que celui qui répondrait le mieux aux exigences de la vulgarisation que nous souhaitons serait celui qu'on pourrait aisément dissimuler dans un mouchoir, qui présenterait une ouverture assez large pour éviter l'inconvénient signalé ci-dessus et qui, bien entendu, présenterait comme ceux actuellement en usage l'avantage de pouvoir être facilement nettoyé et désinfecté.

Si la Société partage notre manière de voir sur l'utilité de l'adoption du crachoir individuel, portatif, nous lui demandons de vouloir bien nommer une commission qui serait chargée : 1° de rédiger une note à adresser sur ce sujet à toutes les sociétés médicales de Paris et de la province pour leur demander de faire campagne avec nous pour vulgariser ce moyen pratique de lutte contre la contagion tuberculeuse ; 2° d'étudier la question de l'ouverture d'un concours de crachoirs portatifs.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique des maladies du système nerveux par le professeur Raymond, 1re série, un vol. in-8, 653 p. Paris. O. Doin, 1896.

Dans sa leçon d'ouverture, M. Raymond explique à ses auditeurs l'émotion qu'il éprouve en abordant

la chaire illustrée par le maître dont il est appelé à continuer l'enseignement. Aussi, après avoir fait la biographie de Jean Martin Charcot, il raconte les efforts de ce maître vénéré pour mettre les laboratoires de la Salpêtrière à la hauteur d'un enseignement dont les élèves se recrutaient dans toutes les parties du monde. J'ajouterai pourtant que, tels qu'ils étaient, ces laboratoires étaient encore insuffisants, surtout si on tenait compte du nombre d'élèves qui se groupaient autour du fondateur de la neuropathologie moderne, que nous considérions à juste titre comme un chef d'école. Aussi, dirons nous à la louange de M. le Prof' Raymond qu'il s'est efforcé, avec l'aide de M. Brouardel, de M. Peyron et de M. Le Bas, l'éminent directeur de la Salpêtrière, de faire édifier un nouveau laboratoire dans lequel l'air, la lumière et l'espace sont largement répartis. Depuis, le laboratoire d'électrothérapie, confié à M. Huet, est venu compléter les accessoires de la clinique et le service de la psychologie, dirigé par M. Pierre Janet, permet d'étudier l'hystérie et l'hypnotisme dans toutes leurs manifestations.

Dans sa seconde leçon, M. Raymond entreprend de décrire l'œuvre de Charcot, considéré comme médecin et comme neuropathologiste, sous le titre suggestif de l'Œuvre d'un homme. Je ne puis indiquer ici les travaux qui constituent cette œuvre immense. Je dirai seulement que c'est après la découverte du siège du langage par Broca, en 1863, que Charcot commença à s'occuper des localisations cérébrales et spinales. Ferrier, et d'autres avec lui, avaient prouvé que la substance grise du cerveau était excitable par l'électricité et que les résultats fournis par l'excitation des diverses régions de l'écorce étaient différents suivant les parties soumises aux courants d'induction. Partant de là, le maître, à l'aide de la méthode anatomo-clinique dont il était l'initiateur, démontra « que les paralysies motrices, d'origine corticale, impliquent toujours la lésion d'un territoire bien circonscrit, bien délimité, de l'écorce grise du cerveau. Il prouva que l'étendue de la paralysie est proportionnelle à l'étendue de la lésion destructive de cette zone motrice et qu'à la paralysie d'un groupe circonscrit de muscles correspondait la destruction d'une parcelle circonscrite, adéquate, du territoire en question. » Enfin, il prouve encore que « les troubles moteurs d'ordre irritatif, les convulsions limitées à ces mêmes groupes de muscles, quand ils sont d'origine corticale, reconnaissent pour cause des lésions de cette même zone motrice, lésions qui ne revêtent plus le caractère destructeur qu'on leur trouve dans les cas de paralysies. »

Telles sont les paroles que consacre à l'œuvre de son maître le savant et digne successeur du fondateur de l'Ecole de la Salpêtrière.

Au point de vue des localisations médullaires, Charcot a étendu la découverte de Türck et trouvé le rôle trophique des grosses cellules des cornes antérieures de la moelle. Un autre titre de M. Charcot à la reconnaissance des savants fut le soin tout particulier qu'il apporta à faire sortir l'hystérie de l'obscurité où elle était enlisée depuis longtemps. Sans doute, il ne fut pas le premier qui admit l'hystérie chez l'homme, mais il sut faire la part de l'hystérie traumatique si fréquente chez certains ouvriers. Il eût aussi le mérite, aidé de l'incomparable artiste qu'était son chef de laboratoire, M. Paul Richer, de mettre en relief les quatre périodes de la grande hystérie paroxystique et de la séparer nettement de l'épilepsie. La thérapeutique de l'hystérie lui doit la compression de l'ovaire ; le diagnostic, la découverte des stigmates permanents. Enfin les rapports des intoxications avec l'hystérie et les troubles de la vision qui accompagnent cette névrose ont été vulgarisés par les différents travaux du maître et de la pléïade d'élèves distingués qu'il avait su réunir autour de lui, dont M. Raymond n'était certainement pas le moins méritant.

Après l'*œuvre d'un homme*, dans le livre de M. Raymond, vient se placer l'*œuvre d'une époque*. On comprendra que je ne puisse suivre l'auteur dans le détail de ce chapitre si admirablement coordonné et documenté, ayant encore à envisager les leçons cliniques qui viendront après. Je ne puis cependant m'empêcher de dire que M. Raymond y fait l'histoire de la constitution de la neuropathologie qu'il divise en quatre périodes. La première comprend l'ensemble des premières découvertes de l'anatomie et de la physiologie des centres nerveux. La seconde s'arrête à l'époque où la doctrine des localisations s'est implantée définitivement dans la pathologie nerveuse. La troisième est une période de transition, un pont jeté entre la deuxième et la quatrième. C'est pendant cette troisième période qu'apparaissent les polynévrites et que les relations de la neuropathologie avec l'aliénation mentale s'établissent définitivement. Enfin, la quatrième période comprend les travaux contemporains, notamment la théorie des névromes qui a ouvert la voie à la connaissance complète de la structure intime et de l'organisation des centres nerveux.

Le lecteur qui consultera le magnifique ouvrage élevé par M. Raymond à la mémoire de l'époque illustrée par Charcot, y trouvera l'exposé des nouvelles méthodes histologiques qui ont servi à mettre toute cette structure en relief, notamment le procédé de Golgi. Dans un dernier paragraphe, M. Raymond considère l'anatomie pathologique et la physiologie des centres nerveux d'après les nouvelles notions admises aujourd'hui par les névrologistes du monde savant, et il met par là même ses lecteurs, comme ses auditeurs, à même d'apprécier le bien fondé de ses diagnostics extemporanés des leçons du mardi et des

maladies dont la description va suivre. (p. 188. *Clinique des maladies du système nerveux*).

D'abord, hâtons-nous de dire que M. Raymond a su, comme le faisait Charcot, placer l'un près de l'autre les sujets dont les maladies avaient quelques rapports, sinon d'origine, du moins de symptômes ou de régions, quoique parfois dissemblables. C'est ainsi qu'après une leçon sur la paralysie bi-latérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes (probablement rectilignes) nous trouvons une paralysie du plexus brachial par une compression hémorrhagique dans la partie rétro-claviculaire de ce plexus.

A la suite de la présentation et de l'histoire clinique de ces malades, M. Raymond, consacre une leçon aux paralysies radiculaires du plexus brachial dont il rapporte le plus souvent la cause au traumatisme, et une autre à la paralysie radiculaire sensitive du même plexus. Il insiste en vue du traitement sur la nécessité de distinguer la névralgie d'un tronc nerveux de la névralgie d'une racine. Il cite à ce sujet les cas de MM. Chipault et Abbe, p. 249 et suiv. Puis il passe aux lésions de la queue de cheval dont il rapporte deux exemples cliniques qu'il fait suivre d'un cas d'hématomyélie du cône terminal. Chemin faisant, l'auteur indique l'insuffisance de nos connaissances sur la pathologie de la queue de cheval, et pour y remédier il décrit, aussi nettement que possible, les rapports anatomiques de la queue de cheval et le rôle qui revient aux différents nerfs qui la constituent dans l'innervation des membres inférieurs et des organes pelviens. Cette disposition est cause que la pathologie de la queue de cheval se confond avec celle du cône terminal, et voilà pourquoi l auteur a rapproché l'hématomyélie du renflement lombaire qui termine la queue de cheval des lésions de ce faisceau des derniers nerfs rachidiens.

Passant ensuite à la syringomyélie, M. Raymond raconte l'observation d'une femme de 45 ans, sans tare héréditaire, chez laquelle, dès l'âge de 25 ans, se montrèrent les premiers symptômes de la maladie actuelle, c'est-à-dire, du côté gauche, une hémiplégie motrice du type spinal avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde, accompagnée de fourmillements aux extrémités, d'amyotrophie scapulo-humérale ; du côté droit, une hémianesthésie du type spinal avec dissociation syringomyélique accompagnée de douleurs et de paresthésies variées ; enfin, des troubles oculo-pupillaires très accusés, surtout du côté gauche de la face ; bref, l'ensemble du syndrome connu de Brown-Séquard, et pour fixer l'esprit de ses lecteurs, notre savant maître fait suivre cette description de l'histoire d'un cas de syringomyélie, mais cette fois avec symptômes bulbo-protubérantiels. Il profite de la circonstance pour établir les rapports de la syringomyélie avec la lèpre anesthésique et la maladie de Morvan et fait voir que si, le plus souvent, le début de ce syndrome est silencieux, il peut arriver aussi qu'il soit bruyant et parfois même succède à un ictus apoplectiforme.

Certaines affections consécutives aux maladies infectieuses, particulièrement à la rougeole, ainsi qu'une variété particulière de paralysie alterne font également l'objet de plusieurs leçons magistrales.

M. Raymond a tenu à mettre au point une des grandes entités cliniques de la neuro-pathologie ; je veux parler de la sclérose amyotrophique ou maladie de Charcot. De même a-t-il définitivement fixé l'étiologie et le traitement de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

La paralysie labio-glosso-laryngée d'origine bulbaire fait aussi partie des leçons du maître qui rappelle les recherches de Duret sur la circulation artérielle du bulbe et fait suivre cette étude de celle de la paralysie pseudo-bulbaire. Ceci lui donne l'occasion de faire le diagnostic différentiel des deux affections.

A propos de deux cas familiaux de paraplégie spasmodique infantile, l'auteur étudie le syndrome du tabes spasmodique. Enfin, après avoir traité de l'hérédité qui joue un rôle si considérable dans la pathologie nerveuse et que M. Raymond définit : « l'aptitude à faire éclore des affections nerveuses..... », il fait ressortir l'influence nocive de l'alcoolisme, du saturnisme, de la syphilis et notamment de la tuberculose et *vice versa*, car on sait aussi que les tubercules prédisposent aux maladies nerveuses.

L'état de dégénérescence l'amène en fin de compte, et après avoir envisagé les myoclonies, à parler des délires ambulatoires et des fugues qui ont fait le sujet d'un rapport remarquable au dernier congrès des aliénistes et neuro-pathologistes de Bordeaux. Nous voyons encore figurer là la collaboration de M. Pierre Janet dont j'ai eu déjà l'occasion de parler. Il s'agit, dans ce cas, de la fugue hystérique qu'il faut distinguer de la fugue toute impulsive de l'épilepsie ou de la dromomanie. A propos de ces délires ambulatoires, M. Raymond traite de la responsabilité morale de ces sujets.

Tels sont les matières exposées dans les *Leçons cliniques des maladies du système nerveux*.

Tout est à lire dans ce livre, et ce n'est là qu'un premier volume que l'ardent travailleur qui succède à M. Charcot nous donne. Aussi les neuro-pathologistes comme les médecins attendront-ils avec impatience la seconde série de ces leçons qui fixeront d'une manière définitive les frontières de la neuro-pathologie.

Dr VERRIER.

Le lavage de l'estomac. — Sa technique. — Ses applications, par le Dr F. DÉLÉAGE, médecin consultant à Vichy. — 1 vol. in-8° de 157 pages. Paris, Maloine, éditeur.

On a voulu, il y a une quinzaine d'années, faire du

lavage de l'estomac une panacée; on a lavé l'estomac, comme de nos jours on a administré systématiquement des antiseptiques intestinaux, pour remédier à tous les troubles digestifs. Puis, est arrivé ce qui advient pour toutes les médications : tous les malades n'ayant pas été guéris, des complications étant survenues, une réaction se produisit; le lavage de l'estomac eut ses ennemis et on en vint peu à peu à l'oublier.

Or, pour juger sainement de la valeur d'un procédé de traitement, il est nécessaire de laisser passer la période d'enthousiasme, puis celle de réaction excessive qui lui succède toujours, d'analyser avec impartialité les faits observés, de s'appuyer sur l'expérience et sur les résultats obtenus. C'est ce qu'a fait le Dr Déléage, dont la remarquable monographie constitue un plaidoyer vigoureusement raisonné en faveur du lavage stomacal.

Après un historique très complet de ce mode de traitement, un aperçu sur le choix de la sonde, et la description du tube qu'il emploie et qui est une modification heureuse de ceux de Faucher et de Debove, l'auteur expose, dans tous ses détails, l'opération telle qu'il la pratique, toujours sans grande difficulté, et entre dans quelques considérations sur l'action physiologique du lavage de l'estomac.

Se basant sur les faits publiés et sur son expérience personnelle, qui comprend plus de douze mille lavages, M. Déléage étudie longuement, avec observations intéressantes à l'appui, les applications thérapeutiques du lavage de l'estomac dans les intoxications, dans les affections de l'estomac et leurs complications, dans les troubles gastriques d'origine nerveuse, dans l'obstruction intestinale. Un chapitre important est consacré aux contre-indications du lavage, contre-indications aujourd'hui bien déterminées et bien nettes, et aux complications de l'opération, le plus souvent, sans la moindre gravité.

On a rangé la tétanie parmi les complications du lavage de l'estomac. M. Déléage réfute cette opinion; pour lui, la tétanie gastrique est non une conséquence du lavage, mais bien une indication formelle à le pratiquer.

Le livre de M. Déléage, très documenté, est riche en vues originales et conçu avec un vrai sens clinique. Il sera consulté avec fruit par les praticiens.

Préparation au sevrage, par le Dr Plateau. Nouvelle édition, 1 vol. in. Paris. Asselin et Houzeau, 1896.

Ce petit livre est une sorte de manuel de *cuisine* pratique des enfants du premier âge à l'usage des mères et nourrices et même des praticiens.

L'auteur a voulu épargner à ses confrères l'embarras et le temps perdu en explications culinaires sur le choix de telle ou telle farine, la confection, la cuisson des bouillies et panades données au nourrisson après les premiers mois de l'allaitement et au moment du sevrage.

Les chapitres du *Lait*: lait de femme ou des divers animaux qui peuvent le fournir, lait cru ou bouilli, stérilisé, maternisé; les doses et administration, le coupage; le biberons, tétines, galactophores, etc.; les bouillies, panades, leur choix, doses, préparation; les préceptes sur le sevrage, l'époque, l'âge de l'enfant, l'état de la dentition, sont autant de petits résumés remplis de conseils pratiques, faciles à comprendre et à exécuter, et dont la lecture sera utilement conseillée.

« Ce livre, dit le Dr Plateau dans la préface, est un modeste *vade mecum* de la mère, de la nourrice, et qui pourra peut-être rendre aussi quelques services aux médecins, pour l'administration et la confection des bouillies, panades, etc., dont la *formule culinaire* peut parfois être peu présente à la mémoire..... Je me suis efforcé de traiter et de résumer en quelques pages nettes, claires et concises, ces différents points et d'en déduire les règles et les conseils nécessaires à une nourrice (mère ou étrangère) pour mener à bien la nourriture du petit enfant jusqu'au sevrage. ».

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La tuberculose dans les maladies du cœur (Al. Weismayr. *Wien. Klin. Woch.* n° 8, 96). — Rokitansky, dans son travail sur l'exclusion réciproque de différents processus morbides, avait dit que la veinosité et la cyanose donne une grande immunité contre la tuberculose. A l'appui de sa proposition, il cite un grand nombre de cas de maladies du cœur, indemnes de toute lésion tuberculeuse, précisément parce que ces maladies amènent la congestion passive du poumon. Traube a confirmé également cette proposition et regarde le rétrécissement de l'orifice veineux gauche comme conférant particulièrement cette immunité. Leber est de l'avis de Rokitansky en ce qui concerne les lésions du cœur gauche. Tissier nie cette immunité mais admet que la tuberculose est toujours peu virulente souvent locale et qu'elle évolue lentement. Potain, Renaut, Lépine et d'autres voient dans la congestion pulmonaire la cause de cette résistance au processus tuberculeux. Peter donne une explication un peu différente : pour lui, la base des poumons ne travaillant pas à cause de l'œdème, les sommets sont mieux aérés, fonctionnent mieux et sont ainsi protégés contre l'invasion tuberculeuse.

A côté des auteurs qui admettent l'antagonisme entre les maladies du poumon et des affections cardiaques, il faut citer Frommolt qui a compté 21 cas de tuberculose sur 276 cas de lésions valvulaires du cœur gauche. Il en a conclu que la coïncidence des deux

maladies n'est pas aussi rare qu'on l'a admis, mais qu'il est très rare de voir la tuberculose pulmonaire associée à des lésions intéressant plusieurs orifices. Kidd a trouvé 27 cas de phtisie compliquée de lésions cardiaques, mais dans 11 cas seulement celles-ci étaient antérieures à la tuberculose. Sur 1.100 autopsies de phtisiques, Kryger n'a constaté que 10 fois la coïncidence avec une lésion cardiaque. Dans 59 cas de lésions cardiaques, la tuberculose avait abouti à la guérison. Potain a rapporté 55 cas de sténose mitrale, dont 9 étaient associés à la tuberculose, mais dans tous les cas la lésion mitrale était postérieure. Weysmayr a rapporté dans un travail sur ce sujet six cas empruntés à la clinique de V. Schrœtter, et dans lesquels la tuberculose se développa après une lésion cardiaque. 2 fois cet auteur a trouvé l'insuffisance mitrale avec le rétrécissement de l'orifice veineux, 2 fois l'insuffisance aortique et mitrale, 2 fois l'insuffisance des valvules aortiques.

Dans 4 cas la tuberculose s'était ajoutée à une lésion cardiaque existant depuis longtemps, tandis que le rapport est difficile à établir pour les deux autres cas. Chez 3 malades la tuberculose avait une marche chronique, dans les 3 autres, elle avait eu une marche relativement rapide.

Malgré ces exceptions, Weismayr croit que la théorie de Rokitansky est toujours vraie parce qu'étant donné le nombre immense des autopsies, ces exceptions sont si peu fréquentes qu'elles ne peuvent entrer en ligne de compte. L'état congestif du poumon rend le terrain défavorable pour le développement de la tuberculose qui, si elle parvient à s'établir, évolue très lentement, presque sans symptômes.

Les deux orifices du cœur gauche paraissent se comporter de la même manière vis à vis de la tuberculose pulmonaire. Il en est de même des maladies combinées des valvules mitrales et aortiques. Il semble que la combinaison des lésions de plusieurs orifices exerce une influence inhibitive sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 avril. — Présidence de M. A. Cornu.

M. le président donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par Mme Verneuil pour lui annoncer que, conformément au désir exprimé par son mari, elle vient de faire remettre à l'Académie le buste en marbre de notre regretté confrère.

De l'adaptation spontanée des muscles aux changements de leur fonction. — M. Joachimsthal, de Berlin. La faculté que possèdent les organes de s'adapter à leur fonction a été démontrée pour beaucoup d'entre eux. Ainsi les os se modifient, suivant les circonstances, dans leur structure et dans leur forme.

Les muscles grossissent par l'usage et diminuent de volume par le repos; ils peuvent s'adapter aussi à un changement dans la distance de leurs insertions osseuses, comme le prouvent leurs modification anatomiques dans la luxation congénitale de la hanche.

Les conséquences de la plus ou moins grande longueur des fibres rouges d'un muscle ont été déjà indiquées par Borelli, qui a compris le premier que la hauteur à laquelle un muscle peut soulever un poids est proportionnelle à la longueur de ses fibres rouges. Ce fait a été vérifié expérimentalement par les frères Weber, par Fick et par Gubler.

Or, Marey a observé que si un muscle s'attache à l'extrémité d'un long bras de levier, sa fibre rouge est fort longue, tandis que si le bras de levier est court, la fibre rouge est courte. Le même auteur a signalé que chez les oiseaux à petites ailes, qui donnent des battements très étendus, les pectoraux sont très longs, tandis que ces muscles sont courts dans les oiseaux à larges ailes, qui ne donnent que de petits battements. Enfin, voyant que chez le nègre les muscles gastro-cnémiens sont longs et grêles, avec peu de tendon, tandis qu'ils sont gros et courts, avec un long tendon, dans la race blanche, il a pu prévoir que le bras de levier de ces muscles, c'est-à-dire la longueur du calcanéum, devait être plus grande chez le nègre que chez le blanc, ce que l'examen comparatif des squelettes a vérifié.

Cette différence de forme du mollet se voit très bien sur deux moulages que j'ai présentés à la Société de physiologie de Berlin, pris l'un sur un nègre Dinka, l'autre sur un blanc.

S'appuyant sur un fait signalé par J. Guérin, à savoir que chez les vieillards, dont les mouvements sont plus bornés, les tendons ont plus de longueur, Marey a pensé que la réduction du mouvement amenait la réduction de la fibre rouge que le tendon venait remplacer. Pour vérifier cette supposition, il a fait une expérience qui consiste à réséquer sur un lapin une partie de la longueur du calcanéum afin d'imiter les conditions où se trouvent les muscles gastro-cnémiens de l'homme blanc par rapport à ceux du nègre. L'expérience faite sur un lapin adulte confirma les prévisions.

Comme les expériences de Marey sont peu connues en Allemagne et que cet auteur a manifesté le désir de les voir reprises sur d'autres espèces d'animaux, j'ai entrepris ce contrôle à l'instigation de M. le professeur Ga. L'animal choisi fut un chat adulte, qu'on n'opéra que d'un seul côté pour rendre plus facile la comparaison du muscle sain avec le muscle modifié.

Après l'opération, le chat recouvra peu à peu la liberté de ses mouvements; il devint bientôt capable de sauter comme auparavant. Au bout de neuf mois on le sacrifia pour constater les changements survenus dans la forme du mollet.

Dans les expériences de Marey, on n'avait signalé que la diminution de la longueur de la fibre rouge et l'allongement du tendon; nos expériences confirment ce fait, mais en démontrent un autre, c'est que du côté opéré la grosseur du tendon s'est accrue. Voici du reste les mesures précises prises comparativement des deux côtés.

Du côté sain, le tendon à 0 cm., 5 à peine de large, s'insère à un muscle long; la longueur de la fibre rouge est à peu près égale à deux fois celle du tendon.

Du côté opéré, les choses sont toutes différentes. Le tendon

d'Achille, qui s'insère au calcanéum raccourci, s'est allongé au point d'avoir à peu près la même longueur que les fibres musculaires. En outre, ce tendon a beaucoup augmenté de largeur, de sorte qu'il atteint, dans ce sens, plus de 1 cm. De ce côté, le muscle soléaire ne se confond pas avec le tendon d'Achille, mais forme un tendon rond de 4 cm de longueur qui s'insère isolément à l'os. Le raccourcissement des fibres musculaires est tel, que le tendon d'Achille à 4 cm. 9 au milieu et 6 cm. 1 sur la partie latérale (1).

L'hypertrophie, à laquelle on devait s'attendre du côté opéré, ne s'est pas produite; au contraire, ce muscle comparé à l'autre présente un léger degré d'atrophie : cela tient sans doute à ce que la durée de l'expérience n'a pas été assez longue, et à ce que l'animal a ménagé la jambe opérée un peu plus que l'autre. Cette question devra être résolue par des expériences de plus longue durée.

L'élargissement qui accompagnait l'allongement du tendon répond à l'objection qu'on pourrait faire, qu'il s'est produit une simple atrophie du muscle du côté opéré. En effet, l'atrophie simple eût diminué la largeur du tendon, ainsi que le prouve le rétrécissement de la rotule dans les cas d'atrophie du triceps fémoral.

Roux a apporté un grand nombre de preuves à l'appui de la régulation spontanée de la longueur des muscles sous l'influence des changements dans l'étendue de leur mouvement. Ces preuves sont tirées de l'anatomie pathologique. Sur cinquante et un cas de diminution de l'étendue des mouvements de pronation et de supination, par suite d'ankylose partielle de l'extrémité supérieure du radius, il a vu les fibres rouges du carré pronateur se raccourcir en raison de la diminution du mouvement.

Dans un cas d'ankylose du cubitus datant de huit ans, Strasser a trouvé dans la longueur des muscles des changements qui correspondaient exactement à la diminution d'étendue des mouvements.

J'ajoute que le hasard m'a fourni l'occasion d'observer un cas pathologique dans lequel la nature avait réalisé une expérience du même genre. Il s'agissait d'un cas de pied-bot congénital sur une jeune fille de 18 ans qui, dans sa première enfance, avait été traité par le Dr Jules Wolff au moyen d'appareils de redressement. Le traitement avait été si efficace que l'on ne pouvait plus observer aucune différence entre les deux pieds; la fonction était parfaite. Il y avait cependant une atrophie frappante du mollet.

En examinant la malade, je constatai que sous un relief de la peau, doublé d'une pelote de graisse, on sentait le calcanéum très raccourci et réduit à un bras de levier si court que le muscle s'était modifié dans sa forme. Il était tellement réduit dans sa longueur qu'il n'occupait guère plus que 1/3 ou 1/4 de la longueur de la jambe à la partie supérieure de laquelle il formait une forte proéminence, tandis que le reste, réduit à l'état de tendon, donnait l'impression d'une atrophie très prononcée du muscle.

Ces faits montrent qu'il sera nécessaire d'examiner à nouveau les cas d'atrophie des muscles périphériques afin de voir si les changements produits dans les muscles ne tiennent pas à des variations dans la mobilité de leurs attaches.

(1) Ces changements s'aperçoivent très bien sur les pièces anatomiques et sur les photographies présentées à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril. — Présidence de M. Hervieux

Appendicite. — M. Pozzi. Voici l'observation d'un jeune homme de 16 ans que j'ai dû opérer dans les circonstances suivantes : Dans les antécédents on trouvait dès la jeunesse des coliques, des accidents d'intolérance gastrique survenant tous les 3 à 4 ans. Plus tard il présenta des accidents d'hyperchlorhydrie, en 1895 des coliques hépatiques avec ictère; il fit alors une saison à Vichy.

Une nouvelle crise étant survenue avec phénomènes de colique appendiculaire et douleur très vive au milieu de la ligne de l'épine iliaque à l'ombilic avec troubles généraux graves, l'opération fut décidée. Elle fut faite 48 heures après le début des accidents. Après incision, le gros intestin apparut, il fut repoussé. A la partie supérieure de l'incision, le doigt percevait l'appendice rigide, en érection et accolé à la partie postérieure du cæcum. Après augmentation de l'incision, je tirai cet appendice doucement, le fis basculer et l'amenai au milieu de l'incision. Il était plus gros que le petit doigt, violacé, présentant au milieu un orifice cratériforme sphacélé. Je fis une suture au catgut à la base de l'appendice et je sectionnai. Puis je rouvris le moignon, lui-même malade, après l'avoir cautérisé au thermo-cautère, d'un pli muqueux maintenu par des sutures de catgut. De cette façon, si ce moignon se sphacélait, il s'éliminerait par l'intérieur de l'organe et non par l'extérieur. Ce procédé est vivement à recommander.

En somme, il s'agissait d'une appendicite subaiguë qu'on n'aurait pas dû opérer, si on s'en était seulement rapporté aux données théoriques qui ont actuellement cours. Malgré cela, je crois qu'il faut opérer toujours, même à l'avance, même quand il n'y a pas d'accidents graves. En effet, à ce moment, l'opération rend grand service aux malades qui sont dès lors radicalement guéris, au lieu d'être sans cesse exposés à des rechutes, candidats éventuels presque certains à de nouveaux accidents qui, cette fois, les tuent souvent.

La situation qu'occupe l'appendice doit jouer un rôle important dans les accidents appendiculaires. Lorsque l'appendice est replié, contourné, coudé, sa cavité peut s'obstruer, les microbes, de ce fait, peuvent s'y multiplier. D'autre part, cet étranglement peut amener du sphacèle assez facile de l'appendice. C'est, en somme, un processus analogue à celui qu'on observe dans certains kystes ovariens où la torsion du pédicule peut amener des accidents graves, parfois du sphacèle étendu.

Voici maintenant un cas peu différent : il y a cinq jours, j'observai un de mes élèves qui, à diverses reprises, avait présenté des accès de colique appendiculaire. Le dernier avait été tellement anormal et peu grave que je n'avais pas jugé utile de l'opérer. Cette fois, il n'y avait pas à hésiter, j'opérai et je trouvai un appendice dur, tuméfié, renfermant deux petits calculs. Très certainement, si je ne l'avais pas enlevé, il se serait enflammé tôt ou tard, puis sphacélé, et le malade aurait très vraisemblablement présenté des accidents fort graves, peut-être mortels. Les suites opératoires ont été des plus simples. Le malade peut être considéré comme radicalement guéri.

Lorsque l'appendice est malade, c'est une véritable flèche empoisonnée fixée au flanc du malade. Tôt ou tard elle finira par le tuer. Il faut donc l'en débarrasser et rendre ainsi à la santé définitive des sujets qui sans cela ne seront jamais bien portants.

M. Dieulafoy. Je voudrais encore citer une observation d'appendicite. Il s'agit d'un jeune homme qui eut une attaque de colique appendiculaire avec abcès vidé dans le cæcum. Après quelques accidents variés la guérison survint. Puis 15 jours après, nouvelle poussée ; alors je fais passer le malade en chirurgie dans le service de M. Le Dentu, et comme la température était peu élevée, qu'il y avait peu d'empâtement, on attend et ce n'est que 15 jours après que M. Le Dentu fait une opération à froid. Or, il trouva un appendice de 8 centimètres de long tuméfié, dirigé en arrière, présentant un rétrécissement, puis une extrémité piriforme remplie de pus. Les parois étaient villeuses. Il y avait des adhérences épiploïques. Le processus avait donc dû être le suivant : il y avait eu rétrécissement de l'appendice, puis fermeture, production d'une cavité close, exaltation de virulence du coli-bacille et du streptocoque contenus dans cette cavité, production d'un abcès et d'une petite perforation qui s'était bouchée. Puis 15 jours après, il s'était formé un nouvel abcès que l'opération permit de découvrir et d'enlever avec l'organe tout entier. L'appendice malade constitue à tout le moins une épine inflammatoire. Il faut donc l'enlever le plus tôt possible. Dans certains cas c'est le seul moyen de sauver le malade au moment même, dans tous c'est le seul procédé pour le guérir radicalement d'une véritable infirmité chronique et lui éviter les accidents subits et imprévus souvent mortels qui peuvent éclater du fait des altérations pathologiques de son appendice. Comme l'a dit M. Pozzi, c'est une flèche empoisonnée : *Hæret lateri letalis arundo*... Il faut l'en extraire à tout prix.

Election. — M. Besnier est élu membre du Conseil en remplacement de M. Constantin Paul, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril. — Présidence de M. d'Heilly

Diphtérie pharyngée légère traitée par le sérum. Mort rapide avec hyperthermie. — M. Variot communique l'observation d'une enfant de 18 mois, de bonne santé antérieure, qui fut prise de diphtérie pharyngée légère suivie de croup avec spasme phréno-glottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 cc de sérum anti-diphtérique. Mort en 48 heures avec une hyperthermie considérable (40°5) inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie (simples suffusions sanguines légères dans les deux poumons).

M. Variot fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« Cette observation ne permet peut-être pas de tirer des conclusions rigoureuses, mais la cause de la mort de cet enfant nous échappe, si nous n'attribuons pas l'hyperthermie au sérum. Il est bien acquis que les échantillons de sérum dont l'injection cause parfois des accidents graves, immédiats ou tardifs, ne peuvent pas être distingués de ceux dont l'injection est inoffensive. Aussi je me crois autorisé à répéter que ce précieux remède contre la diphtérie doit être manié prudemment, et les connaissances nouvelles que nous avons me confirment dans l'opinion qu'il ne doit pas être employé comme vaccin préventif. »

M. Sevestre. Je crois que M. Variot a fait quelque chose comme 2.000 injections de sérum dans la diphtérie, sans avoir rencontré un seul cas semblable. J'en puis dire autant sur 2.000 à 2.500 injections. Il s'agit donc d'un cas rarissime, qui ne prouve absolument rien contre le traitement par le sérum ; d'autant que, dans l'observation de M. Variot, rien ne démontre que la mort est imputable au sérum.

Anacrotisme. — M Potain montre des tracés sphygmographiques venant à l'appui de ce qu'il avait dit, dans la précédente séance, à propos de la communication de M. Huchard sur l'anacrotisme. Le phénomène dont il s'agit mériterait bien plutôt l'appellation de *dicrotisme initial*, le double soulèvement artériel se montrant au début du stade ascendant du tracé. Sa valeur séméiologique est bien petite, attendu qu'il se montre dans des affections cardiaques très différentes, dans la colique saturnine et même chez des sujets sains.

Cancer de l'ampoule de Water. — M. Hanot. Le cancer de l'ampoule de Water est peu connu ; il ne semble pas que les observateurs se soient toujours gardés d'une cause d'erreur trop fréquente, et ne se soient pas quelquefois laissé abuser par les cancers du pancréas émergeant dans l'ampoule de Water.

Le cas que j'ai observé est, au contraire, particulièrement net. Le pancréas était indemne et il n'y avait de lésion cancéreuse qu'à l'orifice pancréatico biliaire. M. Pillet a rapporté un cas aussi net à la société anatomique, et ce sont, je crois, les seuls, avec un autre de Stockes, cité dans la thèse Buisson, mais où il n'y avait pas eu d'examen histologique. Dans le cas actuel, il s'agissait d'un épithéliome mixte, cylindrique à certains points, et métatypique dans sa plus grande partie.

C'était un cancer à marche très lente, puisque le malade est resté deux ans dans mon service, où il est mort dans un état de cachexie profonde. L'ictère intense qu'il présentait à son arrivée avait complètement disparu ; à l'autopsie, je trouvai la bile décolorée dans la vésicule, ce qui explique ce fait.

M. Rendu. Je ne crois pas qu'il soit logique d'assimiler le cancer de l'ampoule de Water au cancer de la tête du pancréas. Le premier est un épithéliome de l'intestin : il ne se généralise pas ; il ne produit pas d'adénite des ganglions prochains. J'en ai d'ailleurs observé deux ou trois cas que je communiquerai à la prochaine séance de la Société.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Session annuelle de 1896 (*Suite et fin*)

Curabilité de la syphilis dépigmentaire – M. Jullien La jeune femme que j'ai l'honneur de vous présenter est entrée dans mon service en juillet 1895, pour une syphilis en pleine floraison et remontant à 3 ou 4 mois. Indépendemment des lésions spécifiques, le tégument était sali par des éruptions scatieuses et phthiriasiques qui accentuaient encore sa teinte brune.

Mais ce qui ne tarde pas à nous frapper, c'est l'apparition de taches blanches, dont les dimensions pouvaient aller de celle d'un pois à celle d'une pièce de 2 francs et qui tigraient le cou, la poitrine, le dos.

Depuis l'été dernier, la malade a été soumise au traitement par les injections de calomel; progressivement les papules cutanées, les larges plaques muqueuses de la gorge, les énormes condylomes vulvaires se sont effacées, l'état général qui était mauvais s'est transformé, mais ce qui me semble intéressant et digne de retenir l'attention, c'est l'atténuation sensible de l'éruption achromique. Les injections furent données au nombre de 8, soit 0,40 de calome. Je rappellerai que M. Le Pileur, a récemment relaté un fait analogue, il parlait de la syphilis pigmentaire classique; mais pigmentation ou dépigmentation sont faits connexes, surtout quand ils dérivent de la même cause

Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives. — MM. Gastou et Canuet. Ce malade, âgé de 3 ans 1/2, a eu des poussées successives de véritables gangrènes cutanées multiples ayant en certains points l'aspect clinique de l'ecthima, en d'autres points la forme de folliculites pustulo-ulcéreuses. Cette affection, survenue dans le cours d'un impetigo, a duré un mois environ, a évolué par poussées successives, s'est accompagnée d'angine, de stomatite diphtéroïde impétigineuse, de blépharo-conjonctivite, de coryza, de bronchite et de fièvre.

Il ne semble pas qu'elle rentre dans l'ecthyma simple, mais plutôt dans le groupe des affections dénommées gangrènes multiples disséminées de la peau, sans qu'elle affecte nettement un des types de ce groupe.

Anatomiquement, elle se caractérise par une inflammation diffuse de la peau, avec prédominance d'altération au niveau des glandes sudoripares et de leurs conduits.

Sa nature bactériologique la met dans les staphyloccocies cutanées à côté de l'impetigo et du furoncle.

Psoriasis palmaire. — M. Darier. Le terme de psoriasis palmaire et plantaire servit autrefois à désigner toutes les éruptions squameuses de la paume des mains et de la plante des pieds : on ajouta, avec Hebra et Hardy, qu'il était le plus souvent syphilitique de nature. Puis on décrivit sous ce nom les syphilides palmaires, confondant plus ou moins toutes les autres dermatoses du même siège sous l'appellation d'*arthritides palmaires de Bazin*. Ce terme englobe des éruptions qu'il faut distinguer et notamment : des dermites artificielles, la dyshydrose, la trichophytie, les kératodermies, l'eczéma, le lichen et le psoriasis vrai.

J'ai l'honneur de vous présenter deux malades et la photographie d'un troisième atteints d'un psoriasis vrai limité exclusivement à l'une des mains, avec intégrité de toutes les autres régions des téguments. Si cette maladie épargne d'ordinaire les régions palmaire et plantaire, elle peut, par contre, s'attaquer exclusivement à l'une des mains. Cette variété s'observe chez l'homme de préférence. L'éruption débute par un point quelconque de la face palmaire et s'étend lentement ; lorsqu'elle occupe toute la paume, la peau y est rouge, luisante, non épaissie ni indurée, plus ou moins recouverte de squames lamelleuses fines assez adhérentes. Lorsque l'envahissement n'est pas total, l'éruption est formée de taches ou de placards nettement limités par un bord en arcades sans épaississement de l'épiderme à ce niveau. Dans tous les cas observés, l'éruption gagne par continuité la face dorsale des doigts et de la main et nous l'avons vue deux fois gagner la face antérieure du poignet. Là, le caractère psoriasique s'accuse davantage. Les placards ont une tendance à prendre une disposition circinée. Un ou plusieurs des ongles sont d'ordinaire striés ou ponctués. Il n'y a pas de trouble notable de la sensibilité. La durée du mal est extrêmement prolongée et peut atteindre plusieurs années sans envahissement du reste du corps. Cette variété est particulièrement rebelle au traitement, elle guérit cependant.

Le diagnostic ne peut reposer que sur les caractères de la lésion elle-même. Les dermites artificielles sont croûteuses, mal limitées, épargnent les ongles et guérissent facilement. Les kératodermies sont symétriques, sans rougeur, et fortement kératosiques. La trichophytie palmaire est caractérisée par sa collerette et ses vésicules. La dyshydrose à certains stades pourrait en imposer, mais la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules. Le lichen palmaire est peu connu sinon en coïncidence avec des éléments de lichen plus caractéristique au poignet. Plus délicat est le diagnostic d'eczéma et celui de syphilides palmaires. L'eczéma est d'ordinaire moins rouge, recouvert de squames cornées plus épaisses, donne lieu régulièrement à des crevasses ou rhagades profondes. Les bords sont diffus, effacés, non pas nets et circinés ; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis. Mais alors l'eczéma y prend des caractères typiques. Les ongles sont souvent altérés sous une forme identique à celle du psoriasis. Habituellement, l'éruption est symétrique. Reste à prouver que l'eczéma palmaire puisse s'observer sans eczéma d'autres régions ou au moins en l'absence d'un état séborrhéique prononcé.

Sur l'ulcère annamite et son traitement. — M Moty communique une note sur l'ulcère tropical ou plaie annamite, d'après des observations recueillies au Tonkin, en 1886-1887. Il résulte de ces observations, que la plaie annamite, dont le siège le plus ordinaire est aux membres inférieurs, s'inocule en général sur une petite plaie septique préexistante; on ne la voit jamais débuter à l'hôpital sur les plaies opératoires ou des lésions cutanées d'une nature quelconque.

Bien que les recherches de Le Dentec, Petit et Boinet sur l'agent pathogène de la maladie aient établi la présence constante dans la sérosité des plaies d'un microcoque et d'une bactérie cultivables et inoculables à l'animal, l'inoculation de bras à bras, que M. Moty a pratiquée sur lui-même au Tonkin, n'a pas donné de résultats.

Il y a deux formes de plaies annamites ; la forme aiguë, se compliquant souvent de gangrène, d'ostéite ou de phlegmon diffus ; la forme chronique, aboutissant souvent à une névrite. Abandonnée à elle-même, la plaie annamite guérit rapidement ; sa durée est indéfinie. Sous la forme chronique, elle est sujette aux rechutes et aux récidives.

Indépendamment des complications, le traitement des plaies annamites consiste dans l'emploi des antiseptiques forts : le sublimé au 300e sur une petite pièce de gaze recouverte d'imperméable, ainsi que l'emploi du calomel et de la liqueur de Labarraque. Quand il y a névrite bien accusée tout échoue souvent; mais alors il ne s'agit plus réellement de plaie annamite, mais d'ulcère trophique.

Dr Barbe.

Les syphilides palmaires, avec lesquelles il est important de ne pas confondre le psoriasis palmaire vrai, naissent sous forme de taches rouge sombre, qui d'emblée sont résistantes au toucher, s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant au centre et peuvent confluer en placards circinés. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans : l'infiltration du derme qui leur sert de base, l'épaisseur de la bordure cornée et parfois dans les fissures qui les cernent en dessinant des cercles ou des arcades ; on peut ajouter qu'elles n'ont nulle tendance à gagner le poignet, ni surtout la face dorsale de la main et des doigts, sauf le cas d'éruption papulo-squameuse généralisée; les ongles enfin ne sont ni ponctués ni striés. Il est donc possible de diagnostiquer les diverses éruptions qui longtemps ont été confondues sous le nom de psoriasis palmaire, et de reconnaître parmi elles un psoriasis palmaire véritable, ce qui est capital au point de vue du pronostic et du traitement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril.— Pr. de M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance Manuscrite : 1° Lettre de remerciement de M. Baraduc; 2° lettre de M. Kopff qui remercie la Société de son invitation au Centenaire; 3° lettre du directeur de la *Médecine moderne* qui accueillera avec le plus grand plaisir pour la salle des Dépêches de la *Médecine moderne* toutes les communications de la Société de médecine de Paris ; 4° lettre de M. Ogilvie, de Londres, qui sollicite l'honneur de devenir membre correspondant de la Société de Médecine de Paris ; 5° lettre de M. Ehlers qui sollicite la même faveur.

M. Ladreit de Lacharrière a reçu une lettre de M. Picqué qui s'excuse de ne pouvoir se rendre à la séance d'aujourd'hui pour lire son travail de candidature. Il annonce que le Dr Castex vient d'avoir le grand malheur de perdre un enfant, il croit être l'interprète de la Société en lui envoyant ses compliments de condoléances.

Correspondance Imprimée. Divers travaux de M. le Dr Georges Ogilvie : Colles est-il ou n'est-il pas l'auteur de la loi qui porte son nom? Essai historique. — Un cas rare de kératite interstitielle. — The time of onset of syphilitic disease of the nervous system and the three stages of syphilis.

M. Ehlers envoie un grand nombre de brochures qui seront analysées par le rapporteur.

M. Ladreit de Lacharrière demande à la Société de vouloir bien autoriser M. Gillebert Dhercourt, trésorier, à vendre un titre de rente de 100 francs, pour subvenir aux frais occasionnés par le centenaire (adopté).

Commissions : 1° pour l'examen des titres de M. Ogilvie : 1° MM. Duroziez, Besnier et Brossard rapporteur ; 2° pour l'examen des titres de M. Ehlers : MM. Moreau, de Tours, Guépin et de Ranse, rapporteur.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Glénard. — M. Martha. Je viens au nom d'une commission composée de MM. de Beauvais, Rougon et Martha, rapporteur, présenter à la Société les titres de M. le Dr Glénard (de Lyon) qui demande à entrer parmi nous comme membre correspondant.

Depuis plus de vingt ans, M. Glénard a fait paraître un certain nombre de travaux sur différents sujets ; je ne puis les analyser tous, car ils sont nombreux. Après vous en avoir indiqué les titres qui vous montreront que l'auteur n'est pas resté cantonné dans le même ordre d'idées mais a su porter ses investigations sur différents points de la médecine, j'insisterai davantage sur ses publications qui semblent être l'objet de ses recherches de prédilection, le foie et les fonctions du foie.

M. Glénard a publié en 1876 un travail sur la localisation définitive du souffle maternel de la grossesse ; plus tard un travail sur la valeur antiseptique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde ; on y trouve d'intéressants documents sur le rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires. De nouveau, en 1888, l'auteur revient à la fièvre typhoïde, étudie l'antipyrine ou les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde et, en 1894, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans hôpitaux et à la campagne.

En 1893, M. Glénard fait une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur la *néphroptose* et l'*entéroptose*. Contrairement à l'ancienne interprétation pathogénique de la maladie du rein mobile qui place dans la mobilité du rein la cause de la maladie, il adopte la doctrine de l'entéroptose d'après laquelle l'intestin joue le rôle prépondérant dans la pathogénie des symptômes du rein mobile.

Citons encore les *Caractères objectifs et le diagnostic du rein mobile* (1886), *l'Entéroptose*, la *Palpation du foie dans les maladies de la nutrition*, les *Résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète*, *la Palpation du foie par le procédé du pouce* (1888), *l'Exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition*, et une importante étude sur *le Foie et l'hépatisme*, etc., etc.

En 1890 M. Glénard avait cherché à démontrer l'existence d'un diabète vrai produit uniquement par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique ; ce diabète serait fréquent puisque l'auteur l'a rencontré chez 27 pour 100 des hommes diabétiques. L'exploration systématique du foie chez tous les diabétiques permet de constater souvent une hypertrophie et une dureté particulière du foie. En recourant comme pierre de touche au traitement antialcoolique c'est-à-dire en interdisant les boissons fermentées on améliore l'état du malade. L'hydrothérapie, cet antidote de l'alcool, est d'une rapide efficacité dans toutes les maladies, aussi bien que dans le diabète, qui reconnaissent l'alcool pour cause.

Si on néglige d'explorer le foie d'un malade atteint de diabète hépatique alcoolique, on n'est pas amené, par les résultats de cette exploration, à rechercher dans les antécédents une cause de maladie de foie, on interprète ce diabète comme la manifestation d'une diathèse arthritique héréditaire, et dans cette interprétation on ne puise ni l'indication de traiter la maladie de foie, ni l'indication de combattre la cause de l'affection hépatique. On voit toutes les déductions importantes qui découlent, en pathologie générale, de cet état que M. Glénard a appelé *hépatisme alcoolique*.

L'*hépatisme*, d'après M. Glénard, n'est pas seulement alcoolique; il y a aussi un diabète hépatique d'origine puerpérale, grippale, syphilitique, paludéenne, etc. De même qu'il existe une neurasthénie hépatique alcoolique, de même il y a une neurasthénie hépatique puerpérale, de

même enfin il y a une goutte hépatique, une obésité hépatique. Toujours, dans ces maladies, on trouve des stigmates hépatiques à la palpation.

L'hépatisme est le fond commun, mais il y a autant de variété d'hépatisme qu'il y a de causes premières de diathèse hépatique. Ces causes peuvent même se combiner chez un même sujet. Leur variété, leur complexité suffisent à expliquer l'infinie variété d'aspect que peuvent revêtir toutes ces maladies, le diabète comme les autres.

Dans le même volume, l'auteur a publié une très intéressante étude sur la *séméiologie générale du foie.*

M. le Dr Glénard, médecin consultant à Vichy, est déjà membre de la Société de médecine de Lyon, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris; la commission propose à la Société de nommer M. Glénard membre correspondant; c'est une recrue, et une très bonne recrue, qui viendra grossir notre petit bataillon.

Albuminurie durant depuis sept ans chez un sujet bien portant. — M. DE CRÉSANTIGNES. (*sera publié*).

M. DUBUC. Je crois que la raison pour laquelle, dans le cas très intéressant de M. de Crésantignes, l'albuminurie, malgré le chiffre journalier important de l'albumine rejetée, s'est montrée, en somme, bénigne, c'est que la quantité de l'urine des 24 heures (2 litres, en moyenne) a été élevée; comme chaque litre d'urine contenait 14 grammes d'urée, on en peut conclure que l'élimination des matériaux excrémentitiels était suffisante.

La densité de l'urine (1015) n'était pas non plus descendue trop bas, ce qui est encore une preuve de l'élimination suffisante des matériaux excrémentitiels; on peut donc comprendre que les phénomènes de l'urémie ne se soient pas montrés dans ce cas particulier.

C'est moins le chiffre élevé de l'albumine, qui est dangereux dans les cas d'albuminurie, que le défaut d'élimination des matériaux usés qui ont besoin d'être rejetés en dehors. Aussi voit-on des cas dans lesquels le chiffre de l'albumine est minime s'accompagner de phénomènes d'urémie très graves, tandis que d'autres malades, avec un chiffre considérable, conservent une santé relativement bonne.

M. ROUGON rapporte un fait analogue.

M. JULLIEN demande à M. de Crésantignes s'il a recherché la toxicité de l'urine.

M. DE CRÉSANTIGNES répond que son malade n'est pas tout à fait comparable au malade de M. Rougon; chez celui de M. Rougon, il semble que ce soit la gravelle urique qui ait déterminé l'albuminurie, tandis que chez le sien, c'est un état dyscrasique qui a déterminé à la fin l'albuminurie et la gravelle urique. La toxicité n'a pas été recherchée.

M. BOULOUMIÉ. L'observation présentée par M. de Crésantignes est d'un grand intérêt, comme d'ailleurs tout ce qui touche à l'albuminurie dont l'histoire est à refaire au point de vue clinique, comme a été refaite l'histoire du diabète; mais comme il y a un grand nombre d'albuminuries qui toutes présentent au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique, et particulièrement au point de vue du pronostic, de grandes différences, il y a lieu de concentrer la discussion sur le cas rapporté et sur les cas comparables.

Pour le bien préciser, je demanderai d'abord à M. de Crésantignes si son malade a été diabétique d'abord, puis albuminurique et s'il a présenté des manifestations goutteuses articulaires, s'il a eu fréquemment des manifestations de gravelle urique, si peu avant la constatation de l'albumine il y avait eu une fièvre éruptive ou autre ayant pu être cause occasionnelle d'apparition de l'albumine?

M. DE CRÉSANTIGNES. Rien de cela n'a été noté.

M. BOULOUMIÉ. J'admets donc avec M. de Crésantignes que nous avons affaire à une albuminurie dyscrasique d'origine arthritique avec néphrite, indubitable dans le cas particulier, puisque constamment on a trouvé dans l'urine des tubes granuleux, granulo graisseux ou hyalins, et cette coexistence m'étonne d'autant moins que malgré les affirmations de Sénator, je ne peux admettre qu'il y ait une seule albumine qu'on puisse appeler physiologique.

Comme cas absolument analogue à celui qui nous est présenté, je n'en ai qu'un présent à la mémoire, mais celui-là absolument comparable; il n'en diffère qu'en ceci : c'est que chez mon malade l'arthritisme se manifeste par des accès de goutte tandis qu'il se manifeste par de la glycosurie chez le malade de notre collègue.

L'albumine, chez mon malade, varie peu depuis 7 à 8 ans que je le connais et que je lui donne mes soins à Vittel. Parfois cependant elle diminue temporairement au cours de l'accès de goutte pour reparaître aussi abondante et parfois plus après. La raideur parfois douloureuse des articulations du pied, qui sont le siège habituel des accès de goutte, cause plus de gêne que l'albuminurie. Celle-ci de temps à autre entraîne des poussées d'anémie avec tendances hydrémiques mais sans symptômes Brightiques.

Ce fait et plusieurs autres ayant comme point de ressemblance la quantité d'albumine émise et la longue durée de l'albuminurie montrent que brigtisme et albuminurie n'ont nullement la même signification comme l'a très justement fait remarquer Dieulafoy. Je me méfie plus au point de vue du pronostic des Brightiques avec peu d'albuminurie, que des albuminuriques sans phénomène de brightisme. Toutefois le pronostic doit être réservé, car l'œdème aigu du rein et l'urémie aigue qui en est la conséquence peuvent survenir sous des influences diverses, refroidissement, indigestion, intoxication, surmenage, etc.

Au point de vue du traitement je ne me suis jamais bien trouvé dans les albuminuries chroniques de quelque durée du régime lacté longtemps continué et surtout non interrompu, il entraîne souvent de l'affaiblissement très marqué et quelquefois reste sans action sur l'élimination de l'albumine, du moins après quelques jours d'amélioration; les toniques par contre et parfois le tannin, les balsamiques, les eaux minérales alcalines faibles telles que Evian, Vittel, à doses modérées, améliorent la situation, mais il m'a paru que l'usage de chacun de ces médicaments, quelsqu'ils soient devait généralement être assez souvent suspendu, sauf à être repris plus tard; j'y ai vu plus d'avantages qu'à leur emploi continu. Il faut alterner.

En ce qui concerne les alcalins, je n'oserais les prescrire à haute dose et surtout pendant longtemps sans en interrompre fréquemment l'emploi et donner dans les intervalles des toniques, décoction de quinquina ou autre.

Communication de travaux sur Bagnols-de-l'Orne. Du massage dans les phlébites. — M. CENSIER. (*sera publié*).

Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine. — M. DE RANSE. (*sera publié*).

M. Duroziez. — M de Ranse note 63 cas de pseudo-angine contre 2 cas d'angine vraie. Pourquoi subordonner un état qui se présente avec la majorité de 63 contre 2? Autrefois, on appelait cela de la névralgie intercosto brachiale; on prononçait avec terreur le mot angine de poitrine, qui était un arrêt de mort tragique. Qu'on emploie le terme qu'on voudra, à la condition que l'angine n'y figure pas, pseudo ou vraie, encore moins angor. On a voulu faire peur, on a réussi. Il faut s'arrêter.

Le rétrécissement des artères coronaires est rare, l'obstruction surtout, la névralgie intercosto-brachiale est commune. L'une tue, l'autre permet de vivre longtemps. Toutes deux appartiennent au retour d'âge, entre 40 et 50 ans et au delà.

Néris réussit dans la névralgie intercosto-brachiale. Le tub chaud réussit aussi, aidé d'une hygiène sévère. Tout écart d'alimentation est sévèrement puni, le ventre se gonfle, le cœur et le foie sont refoulés, la circulation est gênée, la crise éclate.

Pas d'émotion vive. Pas d'effort pour aller à la selle. Tous les cœurs ne peuvent pas courir, ou monter; quelques-uns ne peuvent pas marcher; qu'ils s'arrêtent, qu'ils attendent; mais surtout pas d'injection de morphine dont nous ne pouvons pas calculer les effets.

M. Leudet demande à M. de Ranse pourquoi les bains sont mieux supportés que les douches; il a deux malades de ses amis, des névropathes, qui avaient de vrais accidents de pseudo-angines de poitrine; on leur a conseillé les douches et ils ont parfaitement guéri avec les douches tièdes, les douches écossaises, mais avec les douches seules, et jamais l'accès n'a été exaspérée par la douche.

M. de Ranse. Les angineux ont peur de la douche, ils ont moins peur du bain, et il faut avant tout ne pas les effrayer avant le traitement. En surveillant les bains on peut avec ce moyen de traitement dont l'effet sédatif est plus marqué, plus durable et obtenu plus rapidement que par les douches, soulager considérablement et même conserver ses malades, mais quand les malades y sont préparés; je ne redoute pas la douche, et je m'en sers à moins de contre indication formelle venant d'une autre cause. J'emploie la douche tiède, la douche écossaise, et dans certains cas la douche froide.

J'ai employé le terme de pseudo-angines parce que c'est le terme employé, mais je suis de l'avis de M. Duroziez, et comme lui, je crois qu'il vaudrait beaucoup mieux se servir d'un autre terme, sternalgie par exemple, pour les pseudo-angines, et angine pour les véritables angines de poitrine. Je suis aussi d'avis qu'il faut absolument user du traitement moral, hygiénique et faire suivre aux malades un régime approprié.

La séance est levée à 6 heures.

Millée.

SOCIETÉ MÉDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 28 Janvier 1896

Installation du nouveau bureau ainsi composé pour 1896 : *Président* : M. Le Bec. *Vice-Présidents* : MM. Leroux et Valude. *Secrétaire-général* : M. Tolédano. *Secrétaires* : MM. Monnier et Sottas fils. *Trésorier* : M. Alibert.

Allocution du président, M. Le Bec, qui remercie les membres de la société pour sa nomination et rappelle la sollicitude de son prédécesseur immédiat, de M. Hallé, et le dévouement du trésorier, M. de Crésantignes, en fonction depuis 10 ans.

M. de Crésantignes donne un compte-rendu de sa gestion financière pendant l'année écoulée.

M. Tolédano, sécrétaire général, donne lecture du rapport suivant sur les travaux de l'année 1895.

« Messieurs et chers collègues, j'ai l'honneur de vous présenter mon rapport sur les travaux de l'année qui vient de s'écouler.

Ainsi que vous le verrez par leur énumération, les observations touchant à la chirurgie sont plus nombreuses que celles qui concernent la médecine. Cela tient à ce que ce sont toujours les mêmes collègues qui travaillent, et que parmi eux il y a plus de chirurgiens que de médecins. Je me hâte d'ajouter, pour expliquer la pénurie des travaux purement médicaux, qu'il est difficile à un praticien, occupé toute la journée par sa clientèle, de prendre sur ses moments de repos mérité le temps nécessaire à la rédaction des cas intéressants qu'il a été à même d'observer.

Aussi, voyons-nous les médecins exprimer leurs regrets de ne pouvoir, comme les chirurgiens, apporter leur contingent d'observations.

Ceci dit, et quelles que soient les causes de la plus grande abondance des travaux de chirurgie sur les travaux de pure médecine, nous pourrons constater que les uns et les autres nous ont fourni matière à des discussions approfondies et instructives.

M. Le Bec, qui, ainsi que je le disais les années précédentes, est un de ceux qui sont constamment sur la brèche, nous a présenté cette année un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale qui est en quelque sorte une des modifications des procédés Martins et Chroback, Guermonprez et Doyen.

Les avantages de ce procédé que l'auteur développe avec détails sont : la facilité de l'ablation de la tumeur, la perte de sang peu abondante et surtout la suppression du pédicule.

Notre collègue nous a aussi communiqué trois observations d'extirpation du goître avec guérison.

M. Potherat nous a fait part : 1° d'un cas de phlegmon sous-maxillaire avec oreillons; 2° D'une observation de sarcôme télangiectasique de l'extrémité inférieure du fémur, ayant tous les caractères locaux et généraux d'une ostéomyélite.

M. Monnier nous a présenté une observation de tumeur rare de la région mammaire, et une autre observation très intéressante de mastoïdite avec abcès du cervelet.

La discussion de cette dernière observation a amené M. Luc à poser d'une façon précise le diagnostic des complications cérébrales à la suite de lésions de l'apophyse mastoïde.

Dans une observation de névrite optique d'origine cérébrale, M. Valude a appelé l'attention de la Société sur les symptômes oculaires qui précèdent habituellement ceux de la méningite déclarée.

La vulgarisation de la sérothérapie employée dans la diphtérie a permis à M. Veil de nous communiquer deux cas extrêmement intéressants de diphtérie grave, soignés et guéris par ce procédé, et dans un temps très court.

M. Moricourt nous a présenté une observation d'hydar-

throse rhumatismale des deux genoux, guérie par le zinc et le cuivre.

M. Leroux a lu une note sur un cas de syphilis anomale, avec gommes précoces de l'amygdale et du pharynx.

Enfin, M. Hallé nous a communiqué une observation d'influenza survenue chez une femme enceinte et guérie, malgré l'accouchement à cinq mois et demi et une pleurésie consécutive.

Cette observation présente surtout de l'intérêt parce que l'utérus n'a pas été atteint d'infection streptococcique.

En dehors de ces travaux purement scientifiques, la Société s'est occupée des questions professionnelles qui sont à l'ordre du jour dans les autres Sociétés. Il serait trop long de les énumérer toutes. Qu'il me soit seulement permis de dire que vous les avez traitées avec tout le soin qu'elles méritaient.

Nous avons reçu un nouveau membre dans le courant de l'année, et il s'est présenté deux candidatures nouvelles sur lesquelles vous aurez à délibérer tout à l'heure.

La Société compte aujourd'hui 69 membres. Elle n'a pas ralenti sa marche en avant. Elle a consacré ses séances à étudier et discuter, non seulement les questions ressortissant à la médecine, mais encore celles qui touchent à nos intérêts professionnels. L'exposé des communications qui y ont été faites indique suffisamment que nous n'avons pas perdu notre temps.

C'est en continuant dans cette voie que nous développerons davantage les sentiments de confraternité et d'estime dont nous sommes tous animés. »

La question de l'admission en France des médecins et étudiants étrangers a été discutée au conseil général. Le secrétaire général propose l'adoption en principe du vœu émis par la commission du XVII[e] arrondissement : Nul ne pourra exercer la médecine en France s'il n'a subi devant une faculté Française toutes les épreuves imposées à tout candidat au diplôme de Docteur.

De plus, pour tout emploi officiel : aucun médecin ne pourra être chargé d'un service public s'il n'a satisfait aux exigences du service militaire.

M. Ferrand estime que les *titres scientifiques* peuvent être accordés dans la plus large mesure ; quant aux *titres professionnels*, ils doivent êtres réservés à nos nationaux.

Après discussion la société nomme une commission composée de MM. Ferrand, Le Bec, Tolédano, Sottas père et Valude pour cette question.

Le secrétaire général donne lecture de lettres de MM. Duboys de Lavigerie et Valude remerciant la société de ses félicitations à l'occasion de leur récente promotion.

Deux lettres de candidature à l'admission dans la Société. M. Galtier Boissière, présenté par MM. Le Roy et Luc, est admis à l'unanimité des membres présents après rapport de M. Du Castel sur sa thèse : *Des manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne* (1885).

M. de Bourgon est présenté par MM. Le Bec et Monnier. M. Valude fait un rapport sur plusieurs travaux du candidat et en particulier sur sa thèse sur le glaucome hémorragique (1892). M. de Bourgon est admis également à l'unanimité comme membre de la Société.

Le banquet est fixé au 27 février.

Le Secrétaire
SOTTAS fils

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 16 avril 1896.

M. MAYGRIER présente un placenta double dans une grossesse simple. Un cotylédon accessoire était relié par des vaisseaux à l'une des masses placentaires. Il insiste sur les dangers en pareils cas d'une délivrance incomplète.

M. DOLÉRIS présente des kystes hydatiques développés dans les deux trompes et qu'il a enlevés par la laparotomie. Il croit que c'est le seul cas qui ait jamais été signalé.

Observation de vomissements incoercibles au début d'une grossesse. — M. LE DAMANY. Cette observation a été prise dans le service de M. Maygrier. Ces vomissements apparurent dès la sixième semaine et, en un mois, mirent la femme dans un état tel que, par suite de l'amaigrissement, de l'hypothermie, de l'accélération du pouls (140), l'avortement dut être provoqué.

Ces vomissements avaient résisté à tous les traitements employés : oxalate de cérium, électrisation descendante du pneumogastrique, dilatation du col, redressement de l'utérus, etc.

Après l'avortement, les vomissements ont brusquement cessé et la femme a guéri. M. Le Damany en conclut que ces troubles semblent plutôt dus à une action réflexe qu'à une auto-intoxication.

L'avortement provoqué a produit chez la malade une aggravation momentanée qui montre le danger de l'intervention trop tardive. L'avortement, dans les cas de ce genre, doit être fait rapidement, complètement et avec une antisepsie minutieuse ; chez une femme cachectisée, la moindre hémorrhagie, la moindre infection de l'utérus peut être mortelle.

M. DOLÉRIS rapporte à ce sujet l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle les vomissements cessèrent à la troisième application de l'électrode, mais on s'est aperçu ensuite que la pile ne marchait pas et le traitement n'avait agi que par suggestion. Pour lui, les vomissements incoercibles s'observent chez les névropathes.

M. CHARPENTIER est d'avis que le traitement de choix c'est l'avortement et l'avortement précoce.

M. BUDIN rappelle que, lors de la communication de M. Maygrier à propos des succès obtenus par lui, grâce à l'électricité, il avait déjà jeté une note discordante en citant un fait où ce traitement avait échoué. Pour lui, comme pour M. Doléris, l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses.

Deux observations de rupture utérine spontanée. — M. CHÉRON. L'une des deux femmes fut apportée morte à la Maternité. C'était une rachitique. A l'autopsie, on trouva le fœtus et le placenta dans la cavité abdominale. La déchirure utérine intéressait le segment inférieur et le péritoine du ligament large. L'orifice s'est produit immédiatement en arrière du ligament rond et, à travers cette déchirure, passait la fesse gauche du fœtus, le pied étant à la vulve.

Le bassin était rétréci dans tous ses diamètres :

Diamètre promonto-pubien minimum. 6 centim.
— transverse..... 11 —

Chez la seconde femme, la rupture s'effectua quelques minutes après son entrée. Présentation de l'épaule en A. I. D., promontoire accessible, membranes rompues depuis sept heures. Pas de bruits du cœur; rétraction très grande de l'utérus, pas de liquide amniotique. Pendant qu'on s'apprêtait à faire l'embryotomie, la rupture utérine se produisit. Le col se déchira sur son bord droit et la déchirure intéressa bientôt une partie du segment inférieur. Version, irrigations au sublimé et à l'eau bouillie (le péritoine n'était pas intéressé), tamponnement à la gaze iodoformée. Péritonite le 5e jour, mort le 8e.

L'autopsie a démontré que la déchirure se trouvait sur la partie latérale droite intéressant le col et le segment inférieur dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Parotidite a cendante due au saccharomyces albicans. — M. Brindeau. Enfant né à 7 mois, qui présenta du muguet quelques jours après sa naissance; neuf jours après, parotidite à droite. Une ponction ramène un liquide contenant du saccharomyces albicans à l'état pur; la bouche de l'enfant contenait alors du staphylocoque blanc. Quatre jours après, on incise la parotide; écoulement d'un pus jaunâtre, contenant des staphylocoques. Deux jours après, arthrite des articulations du genou et de l'épaule; puis successivement toutes les articulaiions se prennent, en quinze jours, on ouvre 30 abcès contenant des staphylocoques blancs, que l'on trouve également dans le sang de l'enfant. L'enfant mourut au bout d'un mois et demi environ. A l'autopsie, on trouve: un énorme abcès dont le point de départ est la troisième vertèbre cervicale; le pus a décollé l'œsophage; le foie et les reins sont amyloïdes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1896. — Présidence de M. Th. Anger

La séance solennelle est ouverte par M. Théophile Anger, président pour l'année 1895, qui rappelle que la date de la séance a été reculée par suite de l'affection grave dont a été atteint M. Reclus et dont il est actuellement si heureusement guéri.

Aussi la Société pourra-t-elle apprécier l'éloge de A. Guérin lue par M. Reclus lui-même.

Après l'allocution du président, M. P. Segond, secrétaire annuel, rappelle dans un rapport étendu, brillant et méticuleusement exact, les communications et les discussions qui ont été l'objet des travaux de la Société pendant l'année 1895.

M. Reclus, secrétaire général, lit l'éloge de A. Guérin qu'à notre grand regret nous ne pouvons reproduire, comme il le mériterait. C'est un morceau de littérature documentée et élégante, que l'on trouvera comme un modèle que seul pouvait donner M. Reclus, un littérateur dont beaucoup d'écrivains peuvent envier le grand talent.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Projet de loi concernant l'érection, dans le royaume de Prusse, de tribunaux médicaux d'honneur.

I. Il est institué dans la circonscription de chaque « Chambre médicale », un tribunal d'honneur et pour l'ensemble de la monarchie un tribunal supérieur d'honneur.

II. La compétence du tribunal d'honneur s'étend à tous les médecins en exercice de leurs fonctions, à l'exception: 1° des médecins fonctionnaires; 2° des officiers de santé (*sanitæt's offiziere*); 3° des officiers de santé en congé.

III. Le tribunal d'honneur a pour mission de veiller à l'observation des règles de l'honneur médical et en particulier à l'accomplissement des devoirs médicaux. A cette fin, les pouvoirs suivants lui sont confiés: 1° le pouvoir disciplinaire; 2° la charge d'aplanir les différends qui peuvent survenir, pour ce qui concerne la pratique médicale, entre médecins mêmes ou entre médecin et une autre personne.

V. La juridiction du tribunal d'honneur porte sur les médecins qui résident, même momentanément, dans le district où fonctionne ce tribunal au moment où une plainte est portée contre eux, ou au moment où ils donnent lieu, de la part du tribunal, à une citation à comparaître. Lorsqu'il existe des motifs qui pourraient faire que l'indépendance du tribunal d'honneur soit en péril, un autre tribunal, désigné par le tribunal supérieur, serait chargé de juger le délit.

VI. Le tribunal d'honneur prend ses décisions à la majorité absolue et lorsque 5 membres sont présents. Les décisions peuvent être prises par bulletin secret, à moins qu'un membre ne réclame le vote public.

Si un membre du tribunal est mis en cause dans une affaire, il est remplacé par un autre membre pendant toute la durée de l'instruction et pour le vote de la décision qui le concerne.

VII. Le tribunal se compose: 1° du président, du vice-président et de deux autres membres du bureau de la Chambre médicale; 2° d'un membre du tribunal civil, choisi par le bureau de la Chambre médicale pour toute la durée des fonctions de ce bureau. Ce magistrat reçoit, outre des indemnités pour frais de déplacements, un traitement payé par la Caisse de la Chambre médicale. Les fonctions des autres membres du tribunal d'honneur sont gratuites. Toutefois les frais de déplacements sont remboursés.

VIII. Le président du bureau de la Chambre médicale est de droit président du tribunal d'honneur. Il est suppléé par le vice-président de cette Chambre. Il représente le tribunal dans toutes ses relations; il fait connaître, en son nom, les décisions prises et veille à leur exécution. Il a le droit de convocation.

IX. Les médecins dépendant du tribunal d'honneur sont obligés d'obéir aux invitations à comparaître qui leur sont adressées et de se conformer aux décisions prises. Ils sont passibles, en cas de non observation, d'une amende pouvant s'élever à 300 marks. Toute pénalité doit cependant être précédée de la menace d'application de cette pénalité.

X. Les Tribunaux sont obligés, pour autant qu'un intérêt de service ne s'y oppose pas, de donner au tribunal d'honneur ou bien à ses membres délégués tous éclaircissements demandés.

Le tribunal d'honneur a le droit, pour tout ce qui concerne sa juridiction, d'entendre des témoins et des experts sous la foi du serment ou bien de demander aux tribunaux ordinaires d'entendre ces mêmes témoins.

XIV. Tout médecin est obligé d'accomplir en conscience ses devoirs professionnels et de se montrer, par sa conduite dans l'exercice de sa profession et en dehors de celle-ci, digne de la confiance et de la considération qui sont dues à

la profession médicale. Toute infraction à cette règle de conduite relève de la compétence du tribunal d'honneur.

XV. Les pénalités que le tribunal peut édicter sont les suivantes :

1° L'avertissement;

2° La réprimande;

3° L'amende, pouvant s'élever jusqu'à 3,000 m[s];

4° La privation temporaire ou perpétuelle du droit de vote et d'éligibilité pour la Chambre médicale.

La réprimande, l'amende et la privation des droits électoraux peuvent être appliquées cumulativement. La publicité des décisions prises par le tribunal d'honneur se fait dans des journaux désignés par lui, à moins qu'il ne juge bon, pour des cas spéciaux, de recourir à un autre mode de publicité. Les frais de cette publicité font partie des frais de poursuite du tribunal.

XVI. Une instruction ne peut être ouverte par le tribunal d'honneur, concernant des faits commis par un médecin avant l'obtention du droit de pratiquer, que si ces faits sont de nature à lui enlever pour toujours ses droits électoraux à la Chambre médicale.

XX. La procédure du tribunal consiste dans l'enquête préalable et dans l'instruction proprement dite d'une affaire.

XXI. L'enquête préalable est ouverte sur décision du tribunal; il est donné connaissance à l'intéressé des charges qui pèsent contre lui.

XXII. Cette enquête est, dans la règle, menée par le membre du tribunal civil adjoint au tribunal d'honneur.

XXXIII. La procédure de l'instruction proprement dite n'est pas publique.

XXXVII. L'inculpé peut se faire représenter par un avocat devant le tribunal; mais ce dernier à toujours le droit d'exiger la comparution personnelle.

XXXVIII. Le résultat de l'instruction proprement dite doit être proclamé et cette décision ne peut être qu'un acquittement pur et simple ou une condamnation. Elle doit toujours être communiquée, avec les considérants, à l'intéressé.

XL. L'inculpé condamné et le membre du tribunal qui remplit les fonctions de ministère public peuvent toujours appeler de la décision intervenue, au tribunal d'honneur supérieur. Le délai d'appel est de quatre semaines et prend cours à la date de signification du jugement à l'intéressé.

XLIV. *Le tribunal d'honneur supérieur* comprend :

1° Comme président, le directeur du département ministériel auquel ressortissent en Prusse les affaires médicales; un autre fonctionnaire de ce département est son suppléant;

2° Trois membres de la « Députation scientifique » du royaume de Prusse.

3° Trois membresit du Comé central des Chambres médicales. Les trois membres de la Députation scientifique de Prusse et leurs suppléants sont nommés par le Roi. Les trois membres du Comité central des Chambres médicales et leurs suppléants sont nommés à la majorité absolue par le Comité.

LXV. Le tribunal supérieur délibère et juge à la majorité absolue et en présence des sept membres.

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — MM. Dumas et Moreigne (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

Mérite agricole. — Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1896, M. Reisser (Georges), médecin de colonisation à Oued-Fodda (Algérie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 21 avril 1896, les médailles suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Gauthier (de Luxeuil).

Médaille de bronze. — Sœur Pezeux, supérieure de l'hospice de Luxeuil.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Brœmer est nommé professeur de matière médicale.

M. Pénières, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

M. le docteur Rémond est nommé professeur de thérapeutique.

Ecole de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite École.

Un autre concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant l'École de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Ecole de médecine de Clermont. — La chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée. Il est créé une chaire d'histologie.

M. Frédet, professeur d'hygiène et thérapeutique, est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Petit, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire.

Dispensaire de salubrité. — CONCOURS POUR L'ADMISSION SUCCESSIVE A CINQ EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT. Un concours est ouvert pour cinq emplois de médecin-adjoint au dispensaire de salubrité. Il aura lieu à la préfecture de police (salle du conseil d'hygiène), le jeudi 28 mai, à midi, et se continuera les jours suivants soit à la préfecture de police, soit à la maison de Saint-Lazare.

Conditions du concours. — MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire à la préfecture de police (bureau du personnel), de dix heures à midi et y déposeront leurs pièces (demande sur papier timbré de 0 fr. 60, acte de naissance, pièces militaires, diplômes, notice indiquant les titres scientifiques ou hospitaliers).

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 11 mai et clos le lundi 18, à 4 heures.

Les candidats admis à concourir recevront, le 27 mai au plus tard, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français, de moins de trente-cinq ans d'âge et du diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat.

Le concours consistera en : 1° Une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; 2° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie ; 3° Deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune après dix minutes de préparation.

Pour chacune des épreuves de diagnostic, le maximum era de trente points. — Il sera de vingt points pour les autres épreuves.

Contagion de la tuberculose dans les hôpitaux. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, vu la proposition faite au Conseil municipal par MM. Bompard et Clairin et tendant à l'institution d'une Commission spéciale pour l'étude et la recherche des moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux; vu la délibération conforme prise par le Conseil municipal dans sa séance du 22 avril 1896.

Arrête :

Article premier. — Est instituée une Commission spéciale à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Art. 2. – Sont désignés pour faire partie de la Commission dont il s'agit :

MM. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, président ; Bompard, vice-président du Conseil municipal ; Clairin, membre du Conseil municipal ; le professeur Debove, médecin chef de service à l'hôpital Beaujon ; le docteur Dubrisay, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; le docteur Duguet, médecin chef de service à l'hôpital Lariboisière ; le docteur Gibert, médecin du traitement à domicile ; le professeur Grancher, professeur de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades ; le docteur Hanot, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ; le professeur Landouzy, médecin chef de service à l'hôpital Laennec ; le professeur Lannelongue, chirurgien chef de service à l'hôpital Trousseau ; le docteur Letulle, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ; le docteur Levraud, membre du Conseil muncipal, et membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ; le docteur A. J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la ville de Paris ; MM. le docteur Navarre, membre du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le docteur Périer, chirurgien chef de service à l'hôpital Lariboisière, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le professeur Potain, professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; Risler, maire du VII[e] arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le docteur Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur ; Strauss, président de la 5[e] Commission du Conseil municipal, et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le docteur Thoinot, médecin des hôpitaux ; Félix Voisin, membre de la Cour de cassation, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. le docteur Thoinot remplira les fonctions de secrétaire.

Fait à Paris le 27 avril 1896. *Signé:* E. Peyron.

Le banquet de l'internat avait réuni, samedi, chez Marguery, sous la présidence de Pamard (d'Avignon), une centaine de collègues. Ce banquet, qui l'année dernière était assez terne et assez mal servi, est redevenu, comme à l'habitude, fort gai cette année. La présence du très sympathique président y a certainement été pour quelque chose et on peut se demander ce que deviendront les banquets de l'internat quand le légendaire Pamard n'y sera plus. Heureusement Pamard n'est que le représentant actuel d'une lignée médicale déjà ancienne, et qui ne paraît pas près de s'éteindre, aussi *Pamard, Pamard*, restera-t-il longtemps encore le cri de ralliement au banquet de l'internat.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro de la *Thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels*, revue mensuelle publiée par le Dr Guimbail, à Monaco.

Hôpital Andral. — M. le Dr Albert Mathieu médecin, de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, commencera le mercredi 13 mai à 3 heures 1/2, dans cet hôpital, une série de conférences sur le diagnosti et le traitement des maladies du tube digestif. Il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Des démonstrations pratiques, soit au laboratoire soit au lit du malade, auront lieu le vendredi matin à 9 heures 1/2.

Nécrologie. — Le Dr Piedvache, de Paris, reçu en 1865. — Le Dr A. Jacquinot, d'Epernay, reçu en 1890. — Le Dr Gunet (Louis), de Tavaux (Aisne), décédé à l'âge de 38 ans.

— Hier, une dépêche nous apportait une triste nouvelle, le Dr Boiffin, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Nantes, venait de succomber à une affection aiguë qui l'a emporté en quelques jours. — Surmené depuis quelques temps, épuisé par le travail que lui avait coûté l'installation du Cours de clinique chirurgicale, dont il venait d'être nommé professeur, le Dr Boiffin avait trop demandé à son activité, et c'est à ce surmenage qu'il a succombé.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur de la Faculté, le Dr Boiffin avait quitté Paris et l'avait été transformer Nantes en un centre chirurgical important.

Il avait acquis une situation considérable et rien ne pouvait faire prévoir l'interruption aussi imprévue d'une carrière qui s'ouvrait si brillante devant le talent et l'ardeur du jeune chirurgien. C'est une perte douloureuse que font tous ses amis; c'est une perte pour Nantes et pour la chirurgie française tout entière.

F. V.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris — Imp. Aican-Lévy, 24, rue Chauchat